

**LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE DANS LES  
ZONES DE FORTE SÉROPRÉVALENCE**

**CADRE STRATEGIQUE**



*Le présent travail a bénéficié du financement de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre de la mise en œuvre du projet de prévention et de soins du sida (IMPACT) par Family Health International (FHI) (Accord de coopération HRN-A-00-97-00017-00). Il n'exprime toutefois pas en tout point les opinions de l'USAID ni de FHI.*

*FHI met en œuvre le Projet IMPACT de l'USAID en partenariat avec l'Institute of Tropical Medicine Management Sciences for Health ♦ Population Services International ♦ Program for Appropriate Technology in Health ♦ et l'Université de Caroline du Nord, antenne de Chapel Hill*

© Juin 2001 (version française Mai 2002)  
FAMILY HEALTH INTERNATIONAL  
AIDS Institute  
2101 Wilson Boulevard, Suite 700  
Arlington, VA 22201 U.S.A.

# LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE DANS LES ZONES DE FORTE SÉROPRÉVALENCE

## CADRE STRATEGIQUE

|              |  |           |
|--------------|--|-----------|
| <b>I.</b>    | <b>INTRODUCTION</b>  | <b>2</b>  |
| <b>II.</b>   | <b>DÉMARCHES DE POINTE : UNE DÉMARCHE EXHAUSTIVE POUR LA RÉDUCTION DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES SÉROPOSITIFS</b>   | <b>2</b>  |
| <b>III.</b>  | <b>BUTS ET OBJECTIFS DE FHI</b>  | <b>5</b>  |
| <b>IV.</b>   | <b>DÉMARCHES TECHNIQUES ET PAR PROGRAMME</b><br>Principes directeurs<br>Démarches de FHI<br>Renforcement de la capacité des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose à détecter les cas de tuberculose et à les contenir<br>Mise en place de services de lutte contre le VIH dans les centres antituberculeux<br>Introduction d'activités de lutte contre la tuberculose dans les centres de prestation de services de lutte contre le VIH<br>Prise en charge de la tuberculose liée au VIH par le biais de la formation et du renforcement des capacités | <b>6</b>  |
| <b>V.</b>    | <b>ACTIVITÉS TYPE</b><br>Cambodge<br>Kenya<br>Rwanda   | <b>9</b>  |
| <b>VI.</b>   | <b>RECHERCHE LIÉE AUX INTERVENTIONS</b><br>Renforcement de la capacité de détection et de limitation des programmes de lutte contre la tuberculose<br>Mise en place de services de lutte contre le VIH dans les centres antituberculeux<br>Introduction d'activités de lutte contre la tuberculose dans des services de prestation de soins du VIH   | <b>9</b>  |
| <b>VII.</b>  | <b>SUIVI ET ÉVALUATION</b><br>Renforcement de la capacité de détection et de limitation des programmes de lutte contre la tuberculose<br>Mise en place de services de lutte contre le VIH dans les services antituberculeux<br>Introduction d'activités de lutte contre la tuberculose dans les services de prestation de soins contre le VIH  | <b>10</b> |
| <b>VIII.</b> | <b>LIENS ET PARTENARIATS</b>   | <b>11</b> |
| <b>IX.</b>   | <b>OUVRAGES RECOMMANDÉS</b>  | <b>12</b> |

## I. INTRODUCTION

La tuberculose demeure l'une des menaces de santé publique les plus importantes au plan mondial. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que l'incidence de la tuberculose a augmenté de 5 % de 1997 à 1999, passant de 8 à 8,4 millions de nouveaux cas. Les pays africains sévèrement touchés par l'épidémie du VIH ont connu une hausse de 20 % de l'incidence de la tuberculose ; cette augmentation est largement responsable de l'augmentation de la tuberculose au plan mondial.

À la fin des années 1980, la tuberculose était considérée comme une maladie en voie de disparition dans les pays développés, jusqu'à ce qu'apparaissent de nouveaux cas de tuberculose liés au VIH et des cas de tuberculose multi-résistante. Mais dans les pays en développement, la tuberculose demeure un problème de santé publique majeur, exacerbé par la pauvreté, les changements démographiques et l'expansion rapide du VIH au cours de la dernière décennie. La plupart des patients tuberculeux des pays à forte séroprévalence sont séropositifs.

La relation entre la tuberculose et le VIH a été reconnue dès le début de l'épidémie du VIH. L'on sait aujourd'hui que le VIH est un important facteur de risque, qui contribue à l'évolution de la tuberculose de la forme latente à la forme infectieuse. Une personne à la fois tuberculeuse (test positif PPD) et séropositive présente un risque annuel de 5 à 16 % de développer la forme active de la tuberculose. Le VIH expose aussi les personnes ayant récemment contracté la tuberculose à l'évolution rapide vers la forme active de la maladie. L'OMS estime que plus de 10 millions de personnes dans le monde sont doublement touchées par la tuberculose et le VIH, plus des deux-tiers de cette population se trouvant en Afrique sub-saharienne (tableaux 1 et 2).

Non seulement le VIH stimule l'épidémie de tuberculose mais il complique davantage la lutte contre la tuberculose. L'accroissement du nombre des nouveaux cas de tuberculose est susceptible de provoquer un engorgement des structures de santé, monopolisant ainsi les ressources humaines et financières de services sanitaires dont les moyens financiers sont déjà insuffisants. Cet encombrement pourrait empêcher de nouveaux patients infectés par la tuberculose de rechercher des soins médicaux, contribuant ainsi à réduire les taux de détection et à augmenter le risque de propagation de la tuberculose au sein de la communauté. L'encombrement des structures sanitaires donnera un surcroît de travail aux agents de santé, ce qui pourrait entraîner un plus faible niveau de détection des cas et de suivi des traitements.

Selon certaines données, la stigmatisation liée au VIH peut empêcher des patients tuberculeux de se procurer les soins nécessaires, retardant ainsi le diagnostic de la tuberculose et en favorisant la transmission. De nombreux patients tuberculeux sont morts en cours de traitement (figure 1). Le Malawi par exemple a signalé un taux de mortalité supérieur à 20 % parmi les patients tuberculeux sous traitement (tableau 3). Enfin, la tuberculose demeure la première cause de mortalité chez les sidéens. Les études sur les autopsies ont montré que plus de 30 % des morts liées au sida sont imputables à la tuberculose.

L'émergence d'une souche de tuberculose multi-résistante constitue un autre défi à la lutte contre la maladie. Sa prise en charge est coûteuse et elle est souvent mortelle. Au cours de la dernière décennie, des épidémies souvent mortelles de tuberculose multi-résistante ont été signalées aux États-Unis et en Europe, chez les patients séropositifs. La plupart de ces épidémies étaient de type nosocomial et survenaient dans des milieux tels que les prisons et les hôpitaux. Alors que les États-Unis et l'Europe de l'Ouest semblent avoir pu contenir la tuberculose multi-résistante, elle demeure un problème majeur de santé publique en Europe de l'Est, notamment dans les Républiques de l'ex-Union soviétique. En Afrique, à l'exception de la Côte d'Ivoire et du Mozambique, elle n'a pas atteint le niveau d'un problème de santé publique. La situation en Asie n'est pas très nette, mais étant donné le fardeau que constitue la tuberculose dans la région, la tuberculose multi-résistante pourrait y devenir un problème encore plus sérieux.

La tuberculose est une maladie qu'il est important de cibler dans les zones qui présentent des taux élevés de séroprévalence car c'est l'une des rares maladies infectieuses qui, tout en étant directement alimentée par l'épidémie du VIH, ne se limite pas aux personnes séropositives. Par ailleurs, dans la mesure où la tuberculose est l'une des premières infections opportunistes à apparaître chez les personnes séropositives - peut-être le premier signe de la présence du VIH - le traitement de la tuberculose offre l'opportunité d'une intervention précoce contre le VIH. La lutte contre la tuberculose dans les pays à forte séroprévalence exigera que le traitement de courte durée sous surveillance (DOTS) soit complété par d'autres interventions, telles que la détection de cas de tuberculose active et le traitement de l'infection tuberculeuse latente parmi les personnes séropositives.

## **II. DÉMARCHES DE POINTE : UNE DÉMARCHE EXHAUSTIVE POUR LA RÉDUCTION DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES SÉROPOSITIFS**

La découverte de la streptomycine au début des années 1940 et du traitement par l'association de plusieurs médicaments en 1956 a entraîné une chute de la mortalité due à la tuberculose. Dans les années 1960 il a été démontré que la chimiothérapie pouvait guérir un patient de la tuberculose de façon définitive.

L'OMS recommande pour la tuberculose un protocole thérapeutique dont l'efficacité a été prouvée : une combinaison des médicaments suivants: isoniazide (INH), rifampicine, streptomycine, pyrazinamide et éthambutol. Chaque protocole s'administre en deux phases : la première est une période intensive de trois mois pendant laquelle trois à cinq médicaments sont administrés quotidiennement sous surveillance directe. La seconde phase poursuit le traitement sur quatre à six mois pendant lesquels soit deux ou trois médicaments sont administrés trois fois par semaine sous surveillance directe, soit deux médicaments sont administrés quotidiennement pendant six mois sans supervision. L'OMS recommande que toutes les doses de Rifampicine soient prises sous observation directe.

Dans la plupart des pays en développement, le traitement de la tuberculose par la chimiothérapie est administrée aux patients à très faible coût ou même gratuitement. L'OMS estime le coût du traitement par chimiothérapie de la tuberculose à environ 11 dollars US par patient guéri.

Des études ont montré que, sans considération du statut sérologique, toutes les personnes soignées semblent avoir eu une la même réponse clinique au traitement de la tuberculose. Les directives de traitement de la tuberculose de l'ATS (American Thoracic Society) recommandent un protocole de six mois combinant au moins quatre médicaments pour traiter une tuberculose susceptible de réagir rapidement aux médicaments chez les patients séropositifs. Les directives suggèrent un traitement prolongé pour les patients réagissant lentement à la thérapie de lutte contre la tuberculose d'un point de vue clinique et bactériologique. Des précautions particulières sont à prendre avec les patients séropositifs qui se trouvent sous antirétroviraux : il y a en effet des interactions importantes entre les inhibiteurs de la protéase et les inhibiteurs de la transcriptase inversée non-nucléosidique et la Rifampicine. La Rifampicine ne doit pas être utilisée pour traiter la tuberculose chez les patients qui prennent un des ces inhibiteurs.

Alors que la plupart des pays occidentaux progressent vers l'élimination de la tuberculose, l'incidence de la maladie continue à grimper dans bien des pays en développement. En 1993 l'OMS a déclaré la tuberculose problème d'urgence mondiale et a commencé à promouvoir sa stratégie de traitement DOTS visant à détecter 70 % des cas actifs de tuberculose et à en guérir 85 %. Les caractéristiques principales de la thérapie DOTS sont notamment :

- l'engagement des pouvoirs publics dans des activités soutenues de lutte contre la tuberculose

- la détection des cas par l'examen microscopique de l'expectoration parmi les patients symptomatiques qui viennent d'eux-mêmes en consultation dans les services de santé
- un régime thérapeutique standardisé sous surveillance de 6 à 8 mois
- des systèmes d'information efficaces pour le suivi et la notification des résultats du traitement
- un approvisionnement régulier, sans interruption de tous les médicaments essentiels contre la tuberculose

La thérapie DOTS, mondialement reconnue pour son rapport coût-efficacité satisfaisant, a été couronnée de succès dans la lutte antituberculeuse en Chine, au Bangladesh, au Vietnam, au Pérou, en Tanzanie et au Kenya.

A la lumière du nombre croissant des patients tuberculeux et de leur incidence sur les services de santé, de nombreux pays renforcent les activités de lutte antituberculeuse en y impliquant les organisations communautaires. Au Bangladesh, en Haïti et au Pérou, des programmes communautaires contribuent à une lutte efficace contre la tuberculose. Pour faire face à l'épidémie de tuberculose entretenue par le VIH en Afrique sub-saharienne, l'OMS a testé des projets-pilote de traitement de la tuberculose communautaires dans six pays : le Botswana, le Kenya, le Malawi, l'Ouganda, l'Afrique du Sud et la Zambie. Les données de ces projets pilotes montrent que l'implication de la communauté dans le traitement de la tuberculose est d'un bon rapport coût-efficacité. Les interventions des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose en Ouganda, au Kenya et au Malawi sont en pleine expansion.

Huit ans après l'introduction de la stratégie, 55 % de la population mondiale n'est toujours pas couverte par les programmes DOTS, plus de la moitié des cas de tuberculose estimés positifs à l'examen de l'expectoration au plan mondial ne sont pas détectés et une moyenne de 70 % de personnes détectées au test de la salive vont jusqu'au bout de leur traitement. La stratégie DOTS se révèle inefficace pour contenir la tuberculose dans les pays à forte séroprévalence ; ces pays signalent un accroissement des cas de tuberculose (figure 2). Par exemple, la Tanzanie, réputée avoir l'un des meilleurs programmes de lutte contre la tuberculose en Afrique, a signalé une hausse de 160 % des cas de tuberculose (toutes formes confondues) de 1984 à 1993. On estime que 24 % de tous les cas positifs à l'examen de l'expectoration pendant cette période étaient imputables au VIH. Les mêmes conclusions ont été rapportées dans certains sites de l'Asie du Sud-Est. Dans la province de Chiang Raï, en Thaïlande, l'incidence de la tuberculose a entamé une longue hausse en 1991, après une décennie de baisse constante. L'augmentation de la tuberculose était étroitement associée à l'accroissement du VIH chez les patients tuberculeux.

L'association d'autres interventions à la stratégie DOTS - telles que le traitement de l'infection tuberculeuse latente, la détection des cas de tuberculose active et la recherche des sujets contacts - a permis de lutter contre la tuberculose aux États-Unis et en Europe de l'Ouest. Les données provenant des essais cliniques ont montré que les médicaments antituberculeux peuvent empêcher une infection tuberculeuse latente de devenir une tuberculose active. L'administration du traitement pour les infections de tuberculose latente, connue sous le nom de thérapie préventive de la tuberculose, peut être un moyen efficace de réduire le fardeau de la tuberculose au sein de la communauté. Mais dans ce cas, il faut veiller à ne pas détourner les ressources limitées des activités de lutte contre la tuberculose, où le diagnostic, le traitement et la guérison des cas positifs à l'examen de l'expectoration doivent demeurer la priorité.

Le protocole le plus courant pour la prévention de la tuberculose et le traitement des infections latentes de la tuberculose est la prise de l'isoniazide pendant six à douze mois. Les études ont montré que la thérapie préventive à base d'isoniazide arrive à réduire l'incidence de la tuberculose chez les personnes séropositives. Ces études révèlent que l'effet de protection de la prophylaxie à l'INH se situe entre 30 et 83 %, avec un avantage significatif pour les personnes séropositives ayant un test tuberculique positif. Une étude menée en Ouganda estime le coût d'une thérapie préventive de six mois réussie à 18 dollars U.S. par personne. Une

étude des coûts estime que la fourniture de six mois de thérapie préventive à base d'isoniazide, comparativement à l'absence de thérapie, permet d'économiser entre 12 et 24 dollars par personne.

Malgré ces données, la mise en oeuvre de la prophylaxie à l'INH a été limitée dans la plupart des pays en développement en raison d'une faible adhérence, de préoccupations quant à la toxicité éventuelle des médicaments et de questions non résolues concernant le coût et les bénéfices. Des protocoles courts combinant deux à trois médicaments antituberculeux ont été utilisés et étudiés. Un protocole de traitement de rifampicine et de pyrazinamide d'une durée de deux mois s'est révélé aussi efficace qu'un traitement de neuf mois d'isoniazide. Les centres antituberculeux (CAT), les centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC) et la Infectious Disease Society of America (IDSA) recommandent désormais quatre protocoles de traitement des infections tuberculeuses latentes (tableau 4). En 1998, l'OMS et l'ONUSIDA ont fait les recommandations suivantes, que l'OMS est en train de tester dans le cadre de son initiative VIH/ tuberculose connue sous le nom de ProTest :

- La thérapie préventive devrait faire partie d'un ensemble de soins pour les personnes séropositives. La thérapie préventive devrait être utilisée uniquement là où il est possible d'assurer une surveillance et un suivi appropriés et d'exclure les cas de tuberculose active
- Les informations concernant la tuberculose et la thérapie préventive devraient être mises à la disposition des personnes séropositives
- Les structures offrant des services du conseil et de dépistage volontaire (CDV) du VIH devraient assurer une thérapie préventive
- La détection et la guérison des cas d'infection tuberculeuse devraient demeurer la priorité des programmes de lutte contre la tuberculose
- Les autorités nationales doivent réglementer l'approvisionnement et la fourniture des médicaments contre la tuberculose pour prévenir le développement de la résistance aux médicaments

Etant donné les défis communs présentés par la tuberculose et le VIH, on pourrait s'attendre à ce que la majorité des patients tuberculeux dans les zones de prévalence de la tuberculose et de séroprévalence aient accès à des services de lutte contre le VIH tels que le CDV. Mais une évaluation des services de tuberculose conduite par l'ONUSIDA dans certaines zones de l'Afrique australe a démontré que ni l'éducation sur le VIH ni le CDV n'était proposé aux patients tuberculeux. Il a été démontré en Côte d'Ivoire, au Malawi et en Thaïlande qu'offrir le conseil et le dépistage volontaire du VIH à des patients tuberculeux pouvait être une initiative heureuse ; plus de 80 % des patients tuberculeux de ces pays était prêts à pratiquer le test de dépistage du VIH.

### **III. BUTS ET OBJECTIFS DE FHI**

Le but poursuivi par FHI dans le domaine de la lutte contre la tuberculose est de parvenir à réduire le fardeau de cette maladie chez les personnes séropositives et dans les communautés touchées par le VIH. La stratégie de FHI repose sur trois objectifs principaux : renforcer la capacité des programmes antituberculeux, étendre les services antituberculeux aux populations séropositives et intégrer les interventions de prévention et de soins du VIH aux activités de lutte contre la tuberculose.

## IV. DÉMARCHES TECHNIQUES ET PAR PROGRAMME

### Principes directeurs

Les principes directeurs de la stratégie de lutte de FHI contre la tuberculose consistent à réduire la transmission du *mycobacterium tuberculosis* en détectant et en traitant efficacement tous les cas infectieux et de prévenir les nouveaux cas en fournissant une thérapie préventive de la tuberculose pour le traitement des infections tuberculeuses latentes. Dans les zones à forte séroprévalence, cette stratégie doit être accompagnée d'interventions qui prennent en charge l'incidence du VIH sur l'histoire naturelle de la tuberculose et les besoins des patients tuberculeux séropositifs. Ces interventions concernent :

- Le travail au niveau individuel pour évaluer et prendre en charge les comportements individuels de recherche de la santé, la perception de la tuberculose et l'interaction entre la tuberculose et le VIH
- Le travail au niveau communautaire sur la base d'une stratégie de communication pour le changement de comportement afin de modifier la perception de la tuberculose et du lien entre la tuberculose et le VIH ; l'incitation à une plus grande implication de la communauté dans les soins des patients de tuberculose avec ou sans VIH
- Une attention particulière au renforcement des capacités locales sur le plan de la conception, de la mise en oeuvre et de l'évaluation d'interventions efficaces conjuguant la lutte contre la tuberculose et la lutte contre le VIH
- La collaboration avec les ministères de la Santé (programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et contre le sida), les autres agences gouvernementales, les ONG, les bailleurs de fonds et le secteur privé afin de concevoir des stratégies de renforcement des activités de lutte contre la tuberculose et d'intégration des interventions de lutte contre la tuberculose et le VIH
- L'amélioration du cadre politique afin d'assurer la disponibilité des ressources adéquates pour la lutte contre la tuberculose
- La réduction de la stigmatisation et de la discrimination associées à la tuberculose et au VIH
- L'amélioration des capacités institutionnelles des pays en développement pour la conception, la mise en oeuvre et l'évaluation de programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH

### Démarches de FHI

FHI reconnaît la valeur d'une démarche coordonnée face au VIH et face à la tuberculose et a conscience du fait que les services de lutte contre la tuberculose doivent être fournis en conjonction avec les programmes nationaux de lutte contre la maladie. Cette stratégie s'appuiera sur les programmes de lutte contre la tuberculose, les programmes de prévention et de soins du VIH et les efforts communautaires existant au niveau national. Les institutions coparrainantes concevront des activités spécifiques intégrant les intrants des programmes nationaux de tuberculose et de VIH/sida et des autorités sanitaires de district, pour veiller à ce que les interventions soient axées sur les besoins par programmes au plan national et local et pour renforcer les programmes existants en matière de lutte contre la tuberculose et le VIH. FHI se servira de sa longue expérience en matière de mise en oeuvre d'activités et de collaboration avec les communautés pour offrir des interventions intégrant avec succès les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH. La lutte contre la tuberculose, partie intégrante de la stratégie globale de soins et de soutien, doit être liée aux activités de prévention. Les interventions de tuberculose/VIH pourraient dans certaines régions constituer les premières interventions dans le cadre d'un programme global de soins et de soutien.

La stratégie de lutte de FHI contre la tuberculose portera sur les quatre axes par programmes suivants :

- Renforcement de la capacité des programmes nationaux de tuberculose à détecter les cas de tuberculose et à les contenir
- Mise en place de services de lutte contre le VIH dans les centres antituberculeux
- Introduction des activités de lutte contre la tuberculose dans les centres de prestation de services de lutte contre le VIH
- Prise en charge de la tuberculose liée au VIH par le biais de la formation et du renforcement des capacités

Pour assurer une mise en oeuvre réussie des trois premiers axes de programmes, FHI devra :

- Procéder à une évaluation qui permette d'identifier les opportunités et les obstacles à une mise en œuvre efficace
- Déterminer, en partenariat avec les acteurs locaux, les interventions faisables
- Concevoir et mettre en oeuvre un plan d'action par programme comportant un volet de suivi et d'évaluation
- Renforcer les capacités des organisations locales ou des pouvoirs publics à garantir la durabilité des interventions.

Les quatre axes par programmes sont détaillés dans les sections suivantes.

### ***Renforcement de la capacité des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose à détecter les cas de tuberculose et à les contenir***

Un programme antituberculeux efficace est essentiel à la lutte contre la tuberculose, en particulier dans les zones à forte séroprévalence. Pour être efficace, ce programme doit réaliser des taux de détection et de guérison plus élevés étant donné que les deux éléments réduisent la probabilité de la transmission de la tuberculose. Par ailleurs, des taux de guérison plus élevés empêchent le développement et la transmission de souches résistantes aux médicaments.

L'objectif de cet axe par programme est d'améliorer l'accès aux services antituberculeux de qualité et de faciliter l'adhérence à la thérapie de la tuberculose. En collaborant avec les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, FHI compte atteindre cet objectif en :

- Développant des démarches de communication spécifiques pour sensibiliser les communautés et les individus à l'importance du respect de la thérapie contre la tuberculose
- Encourageant le soutien communautaire pour le traitement de la tuberculose sur la base du modèle des soins antituberculeux communautaires de l'OMS
- S'impliquant dans des actions ciblées pour détecter les cas actifs, à l'aide de programmes de communication portant sur les comportements de recherche d'un traitement et sur la compréhension de la tuberculose par la communauté
- Etablissant des liens entre les programmes nationaux et les populations difficiles à atteindre, tels les prisonniers et les travailleurs migrants
- Consolidant les services de tuberculose existant dans le secteur privé et en suscitant des partenariats entre le secteur public et le secteur privé

### ***Mise en place de services de lutte contre le VIH dans les centres antituberculeux***

La plupart des patients tuberculeux des pays à forte séroprévalence sont séropositifs et n'ont pas facilement accès facile à l'éducation sur le VIH, au CDV et aux services de lutte contre le VIH qui pourraient les aider à gérer les maladies opportunistes. L'établissement de services de lutte contre le VIH au sein de centres

antituberculeux répondra aux besoins de la plupart des patients tuberculeux. Le CDV du VIH permettra d'atténuer l'anxiété de la plupart des patients tuberculeux (nombre d'entre eux sont conscients du lien entre la tuberculose et le VIH) et motivera les patients séronégatifs à adopter des comportements protecteurs. Connaître leur statut permet aux personnes séropositives de planifier leur avenir et de changer de comportement afin de protéger les autres. Cela donne aussi plus de visibilité au VIH dans les communautés, contribuant ainsi à réduire la stigmatisation qui y est généralement associée. L'éducation sur le VIH, en comblant les lacunes en matière de connaissances et en dissipant les malentendus, peut aussi atténuer la stigmatisation et la discrimination. Le fait de prodiguer des soins appropriés pour le VIH rehaussera la crédibilité des agents de santé des programmes antituberculeux.

L'objectif de cet axe par programme est d'améliorer l'accès des patients tuberculeux à des services de qualité de lutte contre le VIH encourageant et fournissant les informations, le diagnostic et le traitement appropriés des maladies liées au VIH. FHI compte atteindre cet objectif en :

- Assurant une éducation sur le VIH dans des centres antituberculeux
- Promouvant et assurant le CDV aux patients tuberculeux dans des services antituberculeux
- Améliorant la prise en charge de maladies bénignes liées au VIH dans des centres antituberculeux et en mettant en place des mécanismes d'aiguillage efficaces pour la prise en charge des maladies liées au VIH

### ***Introduction d'activités de lutte contre la tuberculose dans les centres de prestation de services de lutte contre le VIH***

La plupart des personnes séropositives vivant dans des zones de prévalence de la tuberculose sont susceptibles de développer la tuberculose au cours de leur vie. L'introduction d'activités de lutte contre la tuberculose dans les centres de lutte contre le VIH permettra de renforcer les programmes antituberculeux, en accroissant les taux de détection et de guérison des cas de tuberculose et en réduisant le nombre de personnes qui développent la tuberculose à partir de la réactivation d'une infection latente.

L'objectif de cet axe du programme est d'améliorer l'accès des personnes séropositives à des services antituberculeux de qualité encourageant et fournissant les informations, le diagnostic et le traitement appropriés de la tuberculose. FHI compte atteindre cet objectif en :

- Promouvant la fourniture d'une éducation sur la tuberculose là où sont offerts des services de lutte contre le VIH
- Offrant une formation pour les activités de lutte contre la tuberculose (détection de cas, supervision, suivi et évaluation du traitement de la tuberculose) aux groupes de soutien des personnes atteintes du VIH/sida et aux ONG en collaboration avec les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose
- Renforçant la prestation de soins de tuberculose (traitement et suivi) au niveau des soins du VIH à domicile ou communautaires
- Offrant une thérapie préventive de la tuberculose aux personnes séropositives

### ***Prise en charge de la tuberculose liée au VIH par le biais de la formation et du renforcement des capacités***

L'objectif de cet axe du programme est d'établir la capacité de mise en oeuvre de services efficaces et durables pour la prise en charge de la tuberculose liée au VIH en accroissant la compréhension de l'interaction entre la tuberculose et le VIH. FHI compte atteindre cet objectif en :

- Elaborant un plan de formation pour l'interaction entre la tuberculose et le VIH qui établisse les priorités pour chaque niveau de services
- Organisant et/ou animant des ateliers pour des formateurs en compétences nécessaires à la mise en oeuvre des activités liées aux programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH.

## V. ACTIVITÉS TYPE

**Cambodge.** En collaboration avec le Gorgas Memorial Institute de l'Université d'Alabama, FHI est en train de mettre sur pied un projet pilote de lutte contre la tuberculose pour s'occuper des populations difficiles à atteindre (squatters, prisonniers et PVVIH et leurs familles) à Phnom-Penh. Ce projet vise à améliorer les comportements en matière de recherche de traitement de la tuberculose et d'adhérence au traitement parmi ces groupes vulnérables. Les activités prévues comprennent : un dépistage par examen de l'expectoration pour déterminer la prévalence de la tuberculose, une recherche comportementale afin d'évaluer les comportements en termes de recherche de traitement et de perception de la tuberculose, le développement de la communication pour le changement de comportement, la mobilisation et l'éducation de la communauté, l'amélioration des systèmes d'aiguillage, de la détection et de l'endiguement des cas et l'extension du programme de prestation de la thérapie DOTS à domicile. Les partenaires locaux de ce projet comprennent le National TB Program, le Projet d'appui de JICA au NTP, le National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD et les ONG et organisations communautaires locales.

**Kenya.** Le projet FHI du Kenya s'étend afin de pouvoir faire face à l'expansion de l'épidémie de tuberculose liée au VIH. FHI aide à moderniser le laboratoire d'aiguillage national de la tuberculose et à renforcer les services de diagnostic de la tuberculose dans les provinces de la côte et de l'Ouest. FHI introduit aussi des services de tuberculose et de thérapie préventive à base de cotrimoxazole dans les centres du CDV du VIH dans deux établissements de soins de santé primaire de Mombassa.

**Rwanda.** FHI axe ses efforts sur l'interaction entre la tuberculose et le VIH à travers deux projets pilotes à Rwamagana et Kabgayi. L'objectif est d'intégrer des services de tuberculose et de prévention des infections opportunistes dans des services du CDV du VIH dans des hôpitaux de district. Les activités concernent : l'amélioration de l'accès des patients tuberculeux aux services du CDV du VIH, la recherche active de la tuberculose parmi les partenaires des patients tuberculeux séropositifs, la fourniture d'une thérapie préventive de tuberculose aux personnes séropositives identifiées dans les centres du CDV et une prise de conscience accrue de la tuberculose et de la tuberculose/du VIH au sein de la communauté.

## VI. RECHERCHE LIÉE AUX INTERVENTIONS

Les activités de la recherche liée aux interventions seront spécifiques à chaque axe de programme et viseront à améliorer la conception, la mise en oeuvre et l'évaluation de ces programmes. La recherche liée aux interventions pourrait inclure :

### **Renforcement de la capacité de détection et de contrôle des programmes de lutte contre la tuberculose**

- Enquêter sur les comportements de recherche de santé liés à la tuberculose, y compris la reconnaissance des symptômes
- Elaborer et tester des démarches au niveau de la communauté, telles la communication médiatique et la communication interpersonnelle, pour promouvoir la reconnaissance des symptômes de la tuberculose, les comportements allant dans le sens de la recherche de traitement et l'adhérence au traitement

- Décrire le rôle joué par les différents systèmes de prestations de soins de santé (les centres antituberculeux, les pharmacies, les premiers prestataires de soins médicaux, les praticiens privés, les guérisseurs traditionnels) et d'autres secteurs de prestation de services de lutte contre la tuberculose

### **Mise en place de services de lutte contre le VIH dans les centres antituberculeux**

- Rechercher les moyens de motiver les agents de santé des centres antituberculeux à assurer une éducation sur le VIH, à promouvoir le CDV du VIH et à fournir des soins de qualité aux patients tuberculeux
- Concevoir des supports de formation appropriés en rapport avec la tuberculose pour les agents de santé et pour l'éducation des patients

### **Introduction d'activités de lutte contre la tuberculose dans les services de prestation de soins du VIH**

- Déterminer la stratégie de dépistage appropriée pour exclure la tuberculose active chez les personnes séropositives
- Étudier l'adhérence des personnes séropositives à l'intégralité de la thérapie préventive de lutte contre la tuberculose
- Déterminer l'incidence de l'introduction des interventions de thérapie préventive de lutte contre la tuberculose sur les services d'ODV et les taux d'incidence du VIH et de la tuberculose
- Déterminer le taux de tuberculoses secondaires chez les partenaires de personnes infectées par la tuberculose et séropositives

## **VII. SUIVI ET ÉVALUATION**

Les indicateurs pour le suivi et l'évaluation (intrants et/ou résultats) seront définis et collectés pour chaque axe du programme. Voici quelques exemples d'indicateurs pour le suivi et l'évaluation au niveau de chaque programme :

### **Renforcement de la capacité de détection et de limitation des programmes de lutte contre la tuberculose**

- Proportion de cas de tuberculose identifiés par la nouvelle stratégie de détection de nouveaux cas de tuberculose
- Proportion de patients tuberculeux qui vont jusqu'au bout de la thérapie de la tuberculose
- Proportion de patients guéris après avoir été positifs à l'examen de l'expectoration
- Proportion des cas de tuberculose ayant échappé au suivi
- Proportion des patients tuberculeux qui meurent en cours de traitement de la tuberculose

### **Mise en place de services de lutte contre le VIH dans les services antituberculeux**

- Proportion des patients tuberculeux ayant bénéficié d'une éducation sur le VIH et le CDV du VIH
- Nombre d'agents de santé de la tuberculose formés pour assurer une éducation sur le VIH et le CDV du VIH

## Introduction d'activités de lutte contre la tuberculose dans les services de prestation de soins contre le VIH

- Nombre de cas de tuberculeux séropositifs aiguillant leurs partenaires pour le dépistage de la tuberculose et du VIH
- Proportion des cas de tuberculose secondaire parmi les partenaires de patients tuberculeux séropositifs
- Proportion de clients qui commencent une thérapie préventive de la tuberculose et vont jusqu'au bout du traitement
- Nombre d'agents de santé formés à la thérapie préventive de la tuberculose
- Nombre de cas incidents de tuberculose parmi les clients bénéficiant d'une thérapie préventive de la tuberculose
- Nombre de cas d'incidence tuberculose multi-résistante
- Proportion de personnes sur qui les médicaments antituberculeux ont un effet toxique

## VIII. LIENS ET PARTENARIATS

La prévention et la lutte contre la tuberculose étant une part importante d'une stratégie globale de soins et de soutien du VIH, des liens doivent être établis au cours des phases de conception et de mise en oeuvre avec :

- **Des services du CDV.** Ceux-ci peuvent servir de point d'entrée aussi bien pour les patients atteints de tuberculose vers les services du VIH que pour les personnes séropositives vers les services de lutte antituberculeuse.
- **Un programme de communication pour le changement des comportements.** Cela pourrait augmenter la prise de conscience de la tuberculose/VIH, la détection de cas de tuberculose et l'adhérence au traitement antituberculeux.
- **Des programmes de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST).** Travailler avec des programmes d'IST peut renforcer la compréhension de la tuberculose par les prestataires de services d'IST et améliorer l'aiguillage des clients d'IST présentant des symptômes de tuberculose.
- **Des programmes pour orphelins et autres enfants vulnérables (OEV).** Collaborer avec ces programmes peut améliorer la détection et la prise en charge des OEV exposés à la tuberculose.
- **D'autres services communautaires.** Travailler avec des organisations communautaires peut améliorer la détection de cas, renforcer l'adhérence au traitement de la tuberculose et réduire la stigmatisation en accroissant la compréhension par la communauté de la relation entre la tuberculose et le VIH.

FHI collaborera avec les projets d'appui aux programmes nationaux antituberculeux afin de veiller à ce que les activités proposées renforcent les efforts existants. FHI travaillera aussi avec les organisations internationales impliquées dans la lutte contre la tuberculose, notamment l'OMS à Genève (dont le département STOP tuberculose met en œuvre l'initiative ProTest), les conseillers régionaux de l'OMS pour la tuberculose, le siège de l'ONUSIDA et les conseillers régionaux ONUSIDA, l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies pulmonaires (International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases) et les CDC.

## **IX. OUVRAGES RECOMMANDÉS**

Abouya L, Coulibaly IM, Wiktor SZ et al. The Côte d'Ivoire national HIV counseling and testing program for tuberculosis patients: implementation and analysis of epidemiological data. *AIDS* 1998. 12: 505-512.

CDC. Prevention and treatment of tuberculosis among patients infected with human immunodeficiency virus: principles of therapy and revised recommendations. *MMWR* 30 Octobre 1998. 47(RR-20).

Chum HJ, O'Brien RJ, Chonde TM, Graf P, Rieder HL. An epidemiological study of tuberculosis and HIV infection in Tanzania, 1991-1993. *AIDS* 1996. 10: 299, 309.

Harries AD, Maher D. Tuberculose/HIV: a clinical manual. *OMS* 1996. OMS/TB/96.200.

Maher D, van Gorkom JLC, Gondrie PCFM, Raviglione M. Community contribution to tuberculosis care in countries with high tuberculosis prevalence: past, present and future. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999. 3: 762-768.

Preventive Therapy Against Tuberculosis in People Living with HIV. Policy statement. *WER* 1999. 74: 385-400.

OMS. Communicable Diseases Cluster. Global Tuberculosis Control Report. *OMS* 2001. OMS/CDS/TB/2001.287.

**Tableau 1.****Estimation du fardeau de la tuberculose et du VIH/TUB par région OMS**

| Régions OMS            | # HIV(+) dans les nouveaux cas de tuberculose | # Co-infection VIH/TUB | Taux du VIH/TUB (par 100 000) |
|------------------------|---|------------------------|-------------------------------|
| Afrique                | 515 000                                       | <b>7 300 000</b>       | 1 194                         |
| Amériques              | 25 000  | 510 000                | 64                            |
| Proche et Moyen Orient | 16 000  | 107 000                | 23                            |
| Europe                 | 10 000  | 84 000                 | 10                            |
| Asie du Sud-Est        | 64 000  | <b>2 400 000</b>       | 162                           |
| Pacifique Ouest        | 9 000   | 307 000                | 19                            |
| Total                  | 640 000                                       | <b>10 700 000</b>      | 183                           |

Source : Dye C et al. *JAMA* 1999. 282: 677-686.**Tableau 2.****Estimation de cas de tuberculose, de morts dues à la tuberculose et de tuberculoses liées au VIH dans les pays sélectionnés**

| Pays           | Cas de tuberculose (milliers par année) | Morts dues à la tuberculose (milliers par année) | % nouveaux cas de tuberculose imputables au VIH |
|----------------|---|--|---|
| Brésil         | 124                                     | 19   | 4,8   |
| Cambodge       | 58                                      | 9  | 3,4   |
| Ethiopie       | 160                                     | 49   | 29,3  |
| Inde           | 1 828                                   | 437  | 2,4   |
| Kenya          | 86                                      | 28   | 39,5  |
| Nigéria        | 259                                     | 69   | 13,5  |
| Afrique du Sud | 172                                     | 72   | 44,2  |
| Tanzanie       | 99                                      | 31   | 36,4  |

Source : Stop tuberculose, 1999

**Tableau 3.**

**Taux de mortalité chez les nouveaux patients atteints de tuberculose pulmonaire positifs à l'examen de l'expectoration enregistrés au Malawi : relation avec le taux de séroprévalence chez les patients atteints de la tuberculose (toutes formes) mesurée dans différents sites**

| Année | Notification nationale et taux de mortalité chez les nouveaux patients atteints de tuberculose pulmonaire positifs au test de l'expectoration |                             | Pourcentage de séropositifs chez les patients atteints de la tuberculose (toutes formes) |                |
|-------|---|-----------------------------|--|----------------|
|       | Nombre de patients  | Taux de mortalité (% morts) | Nombre de patients   | % séropositifs |
| 1986  | 1788  | 6                           | 125  | 26             |
| 1987  | 1959  | 6                           |  |                |
| 1988  | 2720  | 8                           | 153  | 52             |
| 1989  | 3312  | 10                          |  |                |
| 1990  | 4355  | 10                          |  |                |
| 1991  | 4071  | 11                          | 187  | 67             |
| 1992  | 5366  | 12                          |  |                |
| 1993  | 5462  | 16                          | 665  | 75             |
| 1994  | 6285  | 16                          |  |                |
| 1995  | 6278  | 19                          | 793  | 77             |
| 1996  | 6702  | 21                          |  |                |

Source : Mukadi Y et al. *AIDS* 2001. 15: 143 -152.

**Tableau 4.****Protocoles thérapeutiques recommandés pour le traitement des infections tuberculeuses latentes chez l'adulte**

| Médicaments              | Durée (mois) | Périodicité           | Appréciation* (Preuve) <sup>†</sup> |             |
|--------------------------|--------------|-----------------------|-------------------------------------|-------------|
|                          |              |                       | Séronégatif                         | Séropositif |
| Isoniazide               | 9            | Une fois par jour     | A (II)                              | A (II)      |
|                          |              | Deux fois par semaine | B (II)                              | B (II)      |
| Isoniazide               | 6            | Une fois par jour     | B (I)                               | C (I)       |
|                          |              | Deux fois par semaine | B (II)                              | C (I)       |
| Rifampicine-pyrazinamide | 2            | Une fois par jour     | B (II)                              | A (I)       |
|                          |              | 2-3                   | Deux fois par semaine               | C (II)      |
| Rifampicine              | 4            | Une fois par jour     | B (II)                              | B (III)     |

Source: ATC. *Am J Respir Crit Care* 2000. 161: S221-S247.

A = préféré;

B = alternative acceptable ;

C = offrir quand il n'est pas possible de donner A et B

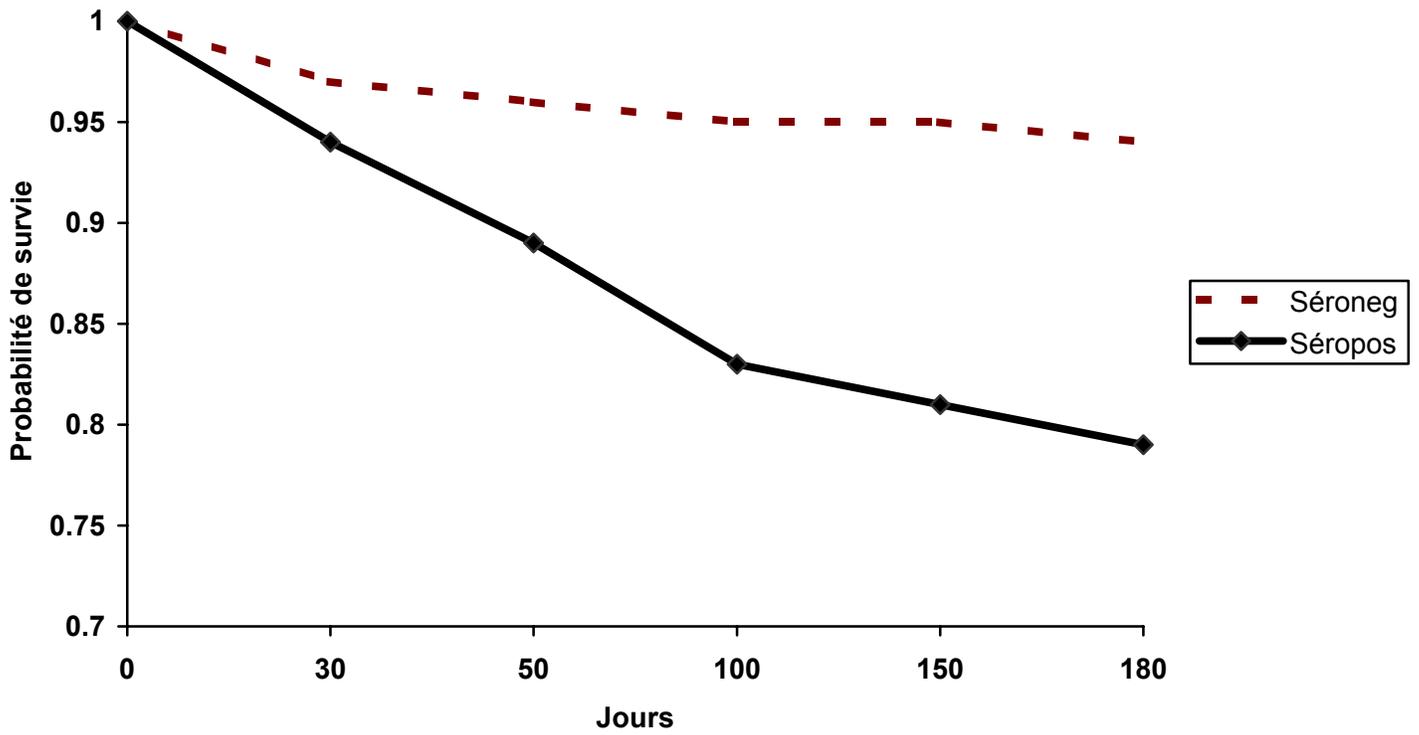
<sup>†</sup> I = données d'essai clinique aléatoire ;

II = données d'essais cliniques non aléatoires ou menés auprès d'autres populations ;

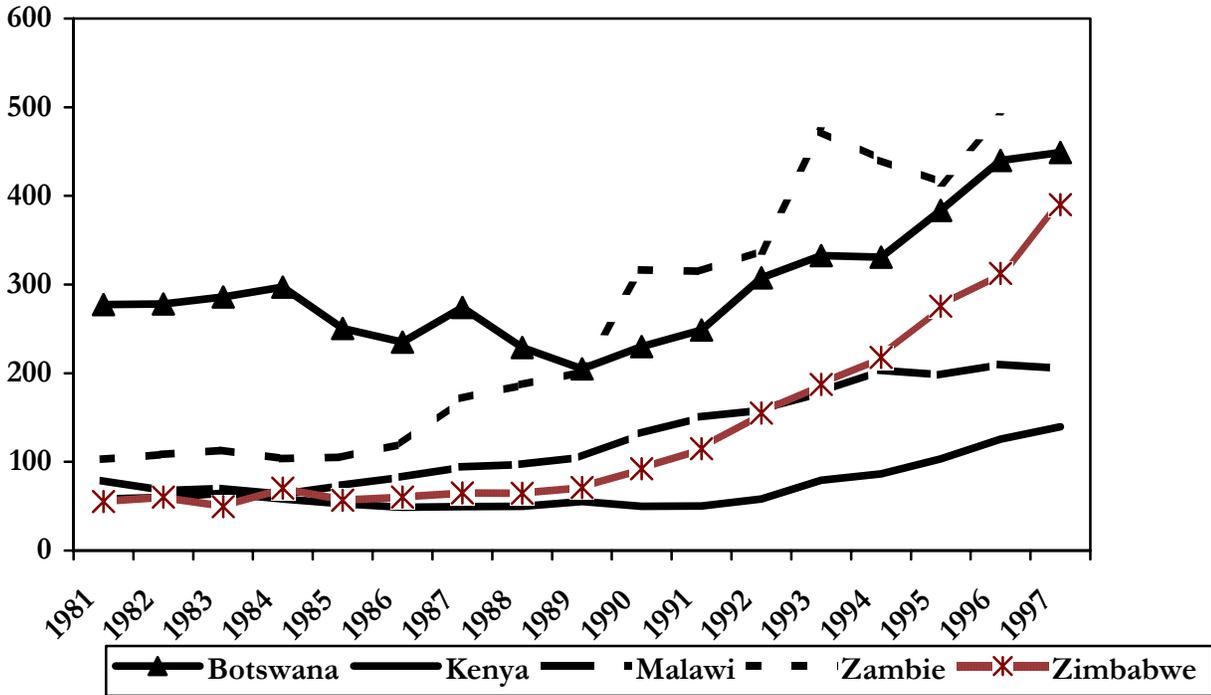
III = opinion experte

**Figure 1.**

Probabilité de survie de patients tuberculeux séropositifs et séronégatifs au cours du traitement de la tuberculose



**Figure 2 .**  
 Notification de cas de tuberculose dans des pays subsahariens donnés  
 (par 100 000)





© June 2001 • Family Health International • AIDS Institute  
2101 Wilson Boulevard • Suite 700 • Arlington, Virginia 22201 • U.S.A.  
Telephone: 703.516.9779 • Facsimile: 703.516-9781 • Internet: [www.fhi.org](http://www.fhi.org)